Probleemverkennende nota cannabisbeleid VAD



Het cannabisdebat is vandaag opnieuw zeer actueel. Als koepelorganisatie van bijna 80 organisaties die werkzaam zijn op het terrein van de alcohol- en drugproblematiek wenst de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen in dit debat niet afwezig te blijven. Onze visie op cannabis, cannabisgebruik en cannabisbeleid vertrekt vanuit een gezondheids- en welzijnsperspectief en vormt samen met de ervaringen uit de praktijk en de huidige wetenschappelijke kennis de basis van deze nota.

We gaan vooreerst in op de effecten en risico's van cannabis op de gezondheid van de gebruiker (en zijn omgeving). We brengen een overzicht van de beschikbare cijfers over gebruik en misbruik van cannabis en we beschrijven het actuele Belgische cannabisbeleid. In een vierde deel formuleren we de streefdoelen van een drugbeleid vanuit het perspectief van bescherming van de gezondheid en het welzijn om in een laatste deel de actiepunten en bouwstenen te formuleren van een alternatief beleid dat de gezondheidsrisico's maximaal beperkt.

Ten slotte worden een aantal internationale modellen en praktijkvoorbeelden vermeld in de bijlagen. Want ook op internationaal niveau wordt dit debat gevoerd. Zeer recent verscheen in dit verband het AR Policy Paper 5 'Cannabis – from prohibition to regulation. When the music changes so does the dance'. Deze paper werd gerealiseerd door het EU-gecofinancierde project ALICE RAP (Addictions and Lifestyles in Contempory Europe – Reframing Addictions Project) en bevat zeer recente evidentie die mee helpt het beleid vorm te geven.

In een notendop

- Cannabis is geen onschuldig product. Enerzijds zijn er de schadelijke effecten op de longen en luchtwegen als gevolg van het roken. Bij veelvuldig gebruik en bij gebruik op jonge leeftijd kan het leiden tot ongewenste psychische effecten zoals concentratie- en geheugenstoornissen en zelfs acute psychoses en psychotische stoornissen (schizofrenie). Cannabisgebruik heeft ook gevolgen op het functioneren: rijden onder invloed, werken of studeren.

- De meerderheid van de Belgen gebruikt geen cannabis. Dat willen we ook zo houden. Meer nog, door preventief te werken, willen we het aantal gebruikers naar beneden halen. Vooral het aantal cannabisgebruikende jongeren moet naar beneden, omwille van hun grotere kwetsbaarheid voor negatieve effecten.

- We moeten inzetten op preventie en het versterken van de maatschappelijke norm van niet-gebruik. Cannabisgebruik is niet zonder risico's, en mag dus niet gebanaliseerd worden.

- Naast preventie moet er ook sterker ingezet worden op vroeginterventie, om snel op mogelijk riskant gebruik in te spelen.

- Vanuit een gezondheidsperspectief moet cannabisgebruik door volwassenen uit de criminele sfeer worden gehaald. De huidige wetgeving draagt niet bij tot de volksgezondheid, maar heeft integendeel een negatief effect op vlak van stigmatisering en criminalisering. Bovendien creëert de wetgeving rechtsonzekerheid. Ook bij mensen in de hulpverlening draagt vervolging zelden bij tot herstel.

Effecten en risico's van cannabisgebruik op gezondheid en welzijn

Cannabisgebruik en de negatieve effecten ervan op de gezondheid en het welzijn van mensen zijn het gevolg van een samenspel van verscheidene factoren. De alcohol- en drugsector maakt al jaren gebruik van een multifactorieel verklaringsmodel voor zowel middelengebruik als voor het ontstaan van middelengerelateerde problemen: het MMM-model. In dit model zijn alle beïnvloedende factoren ondergebracht in drie groepen: mens, middel en milieu.

Of iemand al dan niet cannabis zal gebruiken is volgens dit model afhankelijk van de persoon in kwestie (persoonlijkheid, biogenetische en persoonlijke kwetsbaarheid, kwetsbaarheid, leeftijd, ...), de eigenschappen van cannabis (THC-gehalte, prijs, beschikbaarheid, gebruikswijze, ...), en de omgeving (fysieke en sociale omgeving waarin mensen (niet) gebruiken, peers, omstandigheden van gebruik, milieu). Deze drie groepen staan in interactie met elkaar en bepalen of mensen cannabis al dan niet (problematisch) gaan gebruiken.

De lichamelijke schade door gebruik van cannabis neemt toe met de hoeveelheid, frequentie van inname en duur van de blootstelling. Ook de wijze van gebruik is een meebepalende factor. *Het roken van cannabis, de meest frequente gebruiksvorm, houdt een ernstig gezondheidsrisico in zich.* Naast de schadelijke effecten op de longen en ademhalingswegen houdt het roken van cannabis een verhoogd risico in op long-, hoofd- en keelkankers. Wie gedurende lange tijd regelmatig cannabis gebruikt, loopt risico op afhankelijkheid. Cannabisgebruik heeft ook invloed op psychomotorische functies zoals de motoriek en het reactievermogen.

Daarnaast speelt de beginleeftijd een rol. Hoewel er onvoldoende bewijs is dat cannabisgebruik structurele wijzigingen veroorzaakt in de hersenstructuur hebben jongeren omwille van hun leeftijd een aantal specifieke kwetsbaarheden voor de effecten van cannabis. De puberteit is een kritieke periode in de ontwikkeling van de hersenen die, in deze periode, extra gevoelig zijn voor de invloed van cannabis. Het beginnen met cannabis in deze leeftijdsfase houdt een risico in voor het cognitieve functioneren met mogelijke problemen op vlak van geheugen, impulscontrole en aandacht.
Ook het psychosociaal functioneren kan verstoord worden. Het omgaan met succes en mislukkingen, het adequaat volbrengen van ontwikkelingstaken, een positieve ontwikkeling tot een zelfstandige persoonlijkheid en het participeren aan maatschappelijke verbindingen kan worden bemoeilijkt.

Naast de lichamelijke schade kan het gebruik van cannabis leiden tot ongewenste psychische effecten. Deze psychische effecten doen zich meestal voor na zwaar, chronisch of regelmatig gebruik. Vooreerst verstoort cannabisgebruik het cognitief functioneren op verschillende niveaus waarbij het moeilijker is om zich te concentreren, logisch na te denken en op korte termijn dingen te onthouden. Uit onderzoek is nog niet gebleken of de negatieve effecten op de cognitieve functies van blijvende aard zijn. Wanneer deze effecten langdurig aanhouden wordt dit voornamelijk toegeschreven aan de beginleeftijd of aan zwaar en langdurig gebruik.

Ook is er een verband tussen cannabisgebruik en acute psychoses of psychotische stoornissen, zoals schizofrenie. Recent onderzoek suggereert dat de acute psychose kan voorkomen bij personen zonder enige klinische voorgeschiedenis. Het is onduidelijk of dit ook opgaat voor psychotische stoornissen. Cannabisgebruik kan leiden tot een plotse verergering of herhaling van bestaande psychotische symptomen en kan de ontwikkeling van psychotische stoornissen versnellen en het verloop van een aanwezige psychotische stoornis verslechteren. Het verband tussen cannabisgebruik en psychotische stoornissen is niet oorzakelijk. Het risico hangt samen met de startleeftijd van cannabisgebruik, de frequentie en dosis van gebruik en de (persoonlijke en/of familiale) kwetsbaarheid van de gebruiker.

Adolescenten en mensen met psychotische stoornissen zijn extra gevoelig voor de effecten van cannabis en zijn een zeer kwetsbare groep.

Onrechtstreeks wordt de gebruiker en zo ook de alcohol- en drugsector geconfronteerd met problemen als gevolg van de onduidelijke juridische en illegale status van cannabis. Dit leidt tot rechtsonzekerheid en bij juridische tussenkomsten tot criminalisering en stigmatisering van de gebruiker. Gebruikers kunnen door de maatschappij, die hun gebruik afkeurt, worden veroordeeld en sociaal geïsoleerd raken. Deze last weegt vaak zwaarder op het welzijn van de betrokkenen dan de schadelijke gevolgen van het gebruik zelf (Van Marcke, 2013).

Voor meer informatie over risico's en effecten: dossier cannabis, VAD (Van Marcke, 2013)

Cannabisgebruik en -problematiek in Vlaanderen en België in cijfers

Cannabis is de meest gebruikte illegale drug in Vlaanderen, België en Europa (EMCDDA, 2014). We onderscheiden verschillende gebruikspatronen, waarbij vooral regelmatig en chronisch gebruik schade en problemen veroorzaken.

Uit de recentste cijfers van de Gezondheidsenquête (15-64 jaar, 2008) blijkt dat 13% van de inwoners van het Vlaamse gewest ooit met cannabis experimenteerde. 5% heeft in het voorbije jaar cannabis gebruikt. Tussen 2001 en 2008 steeg het ooitgebruik van 10,6% tot 13%. Deze stijging is significant hoewel het contrast tussen 2004 (11,8%) en 2008 (13%) niet significant is wanneer de gegevens gecorrigeerd worden voor geslacht en leeftijd. In Wallonië en Brussel ligt het gebruik iets hoger en vertonen de cijfers eenzelfde tendens (Demarest e.a., 2010).

Van de jongeren in het secundair onderwijs (schooljaar 2011-2012) gebruikte 17% ooit cannabis, 10% deed dat het laatste jaar en 3% regelmatig (83% gebruikte nog nooit). Globaal gezien is de afgelopen 10 jaar een licht dalende trend te merken in het cannabisgebruik van scholieren (Melis, 2013). Een klein deel van de scholieren gebruikt cannabis intensief: 2% van de 17-18-jarigen gebruikte de laatste maand op 20 of meer gelegenheden cannabis.

Tussen de schooljaren 2003/2004 en 2008/2009 steeg het aantal jongeren dat verwachtte dat hun vrienden het één of meerdere keren proberen van cannabis zou afkeuren van 59,9% naar 71%. Sindsdien zien we echter een dalende trend: in het schooljaar 2011/2012 verwachtte 66,6% nog dat hun vrienden het proberen van cannabis zouden afkeuren (Melis, 2013).

Uit de ESPAD-studie blijkt dat zowel het ooit gebruik van cannabis (31% naar 24%), het gebruik van cannabis tijdens het laatste jaar (27% naar 20%) als het cannabisgebruik tijdens de laatste 30 dagen (14% naar 11%) bij 15-16-jarige jongeren in Vlaanderen daalde tussen 2003 en 2011 (Hibell e.a., 2012).

Uit een recent Eurobarometer-onderzoek uitgevoerd in juni 2014 bleek dat 31% van de 15-24-jarige Europeanen ooit cannabis had gebruikt en 7% de laatste 30 dagen cannabis gebruikte (Europese commissie, 2014). België telde 26% ooitgebruikers en 5% gebruikte de laatste 30 dagen cannabis. Sinds 2011 is er in Europa een zeer lichte toename in het percentage dat zegt cannabis gebruikt te hebben.

In het hoger onderwijs lag het laatstejaarsgebruik in 2013 op 23% (Rosiers e.a., 2014). In het uitgaansleven ligt het laatstejaarsgebruik hoger nl. 32% in 2012. Hoewel vrij veel uitgaanders wel eens blowen is het regelmatig en dagelijks gebruik van cannabis in deze populatie de afgelopen tien jaar sterk gedaald (Rosiers, 2013).

59% van de Belgische jongeren tussen 15 en 24 jaar zegt heel gemakkelijk aan cannabis te kunnen geraken (Europese commissie, 2014). (Ter vergelijking: in Nederland – met coffeeshopbeleid - geldt dat voor 58% van de jongeren).

België heeft geen cijfers over cannabisgebruik bij kwetsbare groepen jongeren (bv. spijbelende jongeren, dakloze jongeren, jongeren in bijzondere jeugdzorg, etnisch culturele minderheden, …). In Nederland gebruikten 3 tot 6 op 10 kwetsbare jongeren (hangjongeren, jongeren in justitiële inrichtingen en in de jeugdzorg, zwerfjongeren en spijbelaars) de laatste maand cannabis terwijl dit bij scholieren uit het voortgezet onderwijs 8% bedroeg (dus nog geen 1 op 10) (Van Laar e.a., 2013).

Cannabis is de meest vermelde illegale drug bij cliënten die voor het eerst in contact komen met de drughulpverlening en ook bij de DrugLijn staan de vragen over cannabis voorop.

Van de 54.378 zorgperiodes die in 2011 in alle Centra Geestelijke Gezondheidszorg van Vlaanderen en Brussel werden geregistreerd had 3% betrekking op een persoon waarbij de diagnose ‘stoornis gebonden aan illegale middelen’ is gesteld (1.809 zorgperiodes) (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2012). 55% van deze zorgperiodes (n=991) had te maken met een cannabisgerelateerde stoornis zoals bv. een psychose. In de periode 2003-2011 is het aandeel zorgperiodes voor aan cannabisgebonden stoornissen bekeken op het totaal aantal zorgperiodes voor stoornissen gebonden aan illegale middelen iets toegenomen van 52% naar 55%.

In de door het RIZIV erkende gespecialiseerde centra voor drugverslaafden was in 2012 34% van de nieuwe cliënten (n=1.598) in behandeling voor cannabis als voornaamste middel (Van Deun, 2014). Het aantal nieuwe behandelingen voor cannabis is tussen 2003 en 2012 meer dan verdubbeld in Vlaanderen. In Brussel en Wallonië bleef dat aantal schommelen rond 11% tussen 2006-2011 (Hogge & Denoiseux, 2014).

Tegenover de andere middelen is het aandeel nieuwe behandelingen voor cannabis als voornaamste middel in diezelfde periode toegenomen van 19% naar 34%. De meeste behandelingen voor cannabis vonden plaats in dagcentra.

In 2011 had in Vlaanderen 58% van het totaal aantal misdrijven die de federale politie registreerde in verband met verdovende middelen te maken met cannabis (Federale Politie, 2013). Het ging om 14.233 feiten, voornamelijk bezit, in- en uitvoer en handel. In vergelijking met 2004 registreerde de federale politie in 2011 in Vlaanderen 8% meer feiten in verband met cannabis.

Samenvattend kunnen we stellen dat bij de algemene bevolking (15-64 jaar) in Vlaanderen het cannabisgebruik eerder een licht stijgende tendens vertoont tussen 2001 en 2008.
Voor het gebruik onder scholieren constateerden zowel de leerlingenbevraging van VAD als de ESPAD-studie een dalende trend in het cannabisgebruik van scholieren op een periode van ongeveer tien jaar.
Een recent Eurobarometer-onderzoek bij 15-24-jarigen stelde in Europa een lichte toename vast in het cannabisgebruik tussen 2011 en 2014, maar in België nam ook in dit onderzoek het cannabisgebruik af.
Voor studenten kunnen we voor Vlaanderen geen trends in cannabisgebruik vaststellen. Bij uitgaanders daalde het cannabisgebruik de laatste tien jaar.
Wat betreft hulpverlening zijn er enkel trendgegevens over de hulpvraag beschikbaar. Het percentage hulpvragen voor cannabis is in de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg licht en in de gespecialiseerde centra voor drugverslaafden zeer sterk toegenomen.
Tot slot zien we in de data van de federale politie een stijging in het aantal geregistreerde misdrijven met betrekking tot cannabis.

Voor meer cijfers: Factsheet Cannabis (De Donder, 2013)

Situering van het huidige cannabisbeleid

Vandaag is de overgrote meerderheid van landen gebonden aan internationale verdragen[1] die de productie, distributie en bezit van cannabis voor niet-medicinaal gebruik verbieden. Deze verdragen zijn over 25 jaar amper veranderd, terwijl de wetgeving en het beleid betreffende cannabis in sommige landen wel werd aangepast. Verscheidene rechtssystemen hebben – al dan niet binnen de contouren van de internationale verdragen - de sancties voor het bezitten van cannabis voor persoonlijk gebruik (en in sommige landen voor kweek voor eigen gebruik) verminderd. Voorbeelden hiervan zijn o.a. België, Spanje en Nederland. Enkele rechtssystemen hebben zeer drastische maatregelen genomen en hun wetten en praktijken met betrekking tot productie en distributie van cannabis grondig veranderd zoals Uruguay[2] en enkele staten van de VS (Colorado en Washington).

In nagenoeg alle EU-lidstaten werd op nationaal niveau een specifieke strategie uitgewerkt ten aanzien van het drugprobleem. In België gebeurde dit, net als in de meeste lidstaten, door middel van een nationaal drugplan dat een integrale aanpak van het probleem vooropstelt. De basis voor het Belgische drugbeleid is gelegd door de parlementaire werkgroep "Drugs" in 1996-1997. De noden en vaststellingen van het werkveld werden bottom-up omgezet in krachtlijnen voor een geïntegreerd en globaal drugbeleid.
Met de federale drugsnota van 2001 werden deze parlementaire aanbevelingen omgezet in concrete actiepunten. De Gemeenschappen en Gewesten werden betrokken bij het opstellen van de federale drugsnota.

Eén van de belangrijkste maatregelen was de ondertekening van het samenwerkingsakkoord tussen de Staat, de Gemeenschappen, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, de Franse Gemeenschapscommissie en de Gewesten voor een globaal en geïntegreerd drugsbeleid in september 2002. Het akkoord gaf de federale Minister van Volksgezondheid het mandaat de uitvoering ervan te coördineren. De laatste instemming werd gegeven in september 2008.

Begin 2009 startte de federale Minister van Volksgezondheid de operationalisering van het akkoord door de oprichting van de Algemene Cel Drugsbeleid (ACD) en de Interministeriële Conferentie Drugs (IMC DRUGS). Eén van de eerste opdrachten van de Algemene Cel Drugsbeleid was het opstellen van een gemeenschappelijke verklaring. Deze verklaring werd goedgekeurd door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid op 25 januari 2010.

Met de federale drugnota (2001) (en later ook opnieuw onderschreven in de gemeenschappelijke verklaring van 2010) werd duidelijk gekozen voor een geïntegreerd beleid waarbij gebruik van drugs prioritair als een volksgezondheidsprobleem wordt beschouwd en waarbij de drugproblematiek op een integrale manier aangepakt wordt. Preventie (en vroeginterventie) krijgen daarbij de hoogste prioriteit, gevolgd door gepaste hulpverlening voor wie in de problemen komt door gebruik. Strafrechtelijke interventies ten aanzien van druggebruikers worden gezien als het 'ultimum remedium'. Repressief richt men de aandacht vooral op productie en handel.
Deze aanpak (beleid) moet resulteren in een daling van het aantal afhankelijke burgers; een daling van de fysieke en psychosociale schade door druggebruik en in een daling van de negatieve gevolgen van druggebruik voor de samenleving (overlast en criminaliteit).

Betreffende de drugproblematiek zijn in de periode na het lanceren van de drugsnota in 2001 verschillende initiatieven vanuit een integrale benadering ondernomen, alhoewel nog te vaak met projectmiddelen en niet structureel ingebed. Specifiek rond cannabis kregen vooral de juridische initiatieven aandacht en zorgden voor het maatschappelijk debat rond het thema.

Hoewel met deze wetswijzigingen het bezit van cannabis illegaal en strafbaar blijft, heeft men met de wet van 3 mei (B.S. 2 juni 2003) getracht strafbare gedragingen in de praktijk te laten leiden tot een depenalisering door te verhinderen dat het OM kon vervolgen omdat het strafbaar feit niet meer geverbaliseerd (geen pv) werd.
Deze bepaling werd met het arrest van 20 oktober 2004 vernietigd. Aanleiding daartoe was het ontbreken van een concrete invulling van een 'gebruikshoeveelheid van cannabis' en de vage omschrijving van de concepten 'problematisch gebruik' en 'maatschappelijke overlast'. Die creëerden volgens het Arbitragehof rechtsonzekerheid voor de burger.
Op 31 januari 2005 verscheen een nieuwe Gemeenschappelijke Richtlijn die een voorlopig antwoord geeft op de vernietiging van artikel 16. De Gemeenschappelijke Richtlijn van de Minister van Justitie en het college van Procureur Generaals (COL 2/2005) stelt en geeft als richtlijn mee aan parketten dat het bezit door een meerderjarige, van een hoeveelheid cannabis voor persoonlijk gebruik, de laagste vervolgingsprioriteit krijgt, uitgezonderd wanneer gebruik gepaard gaat met verzwarende omstandigheden of verstoring van de openbare orde. Ook het bezit van max. 3 gram of één geteelde plant door een meerderjarige geeft aanleiding tot het opstellen van een vereenvoudigd pv.

---

[1] The International Drug Control Conventions:

- Single Convention on Narcotic Drugs of 1961 as amended by the 1972 Protocol
- convention on Psychotropic Substances of 1971
- United Nation Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances of 1988

[2] Stand van zaken najaar 2014 implementatie Uruguyaans model: de wet is gestemd, de regelgeving moet nog uitgewerkt worden.

Tot op vandaag worden alle strafbare feiten, dus ook cannabisbezit voor eigen gebruik, geregistreerd en wordt minstens een vereenvoudigd pv opgemaakt. Vervolging is dus nog steeds mogelijk, net als een verschillende afhandeling. Naast wetgeving op vlak van productie, handel en bezit werd het met de wet van 31 juli 2009 ook mogelijk om met een speekseltest te controleren op drugs in het verkeer.

Op 6 maart 2009 keurde de Vlaamse Regering de gezondheidsdoelstelling tabak, alcohol en drugs en het Vlaams Actieplan (2009-2015) officieel goed. De gezondheidsdoelstellingen en daaraan gekoppeld actieplan werd geformuleerd op basis van de gezondheidsconferentie van 23 en 30 november 2006.

Met de gezondheidsdoelstelling wil de Vlaamse overheid gezondheidswinst realiseren door tegen het jaar 2015 het gebruik van tabak, alcohol en drugs (waaronder cannabis) terug te dringen[3].
Meer specifiek voor illegale drugs en cannabis wil de Vlaamse overheid dat:

- Bij personen van 17 jaar en jonger het percentage dat ooit cannabis of een andere illegale drug heeft gebruikt niet hoger is dan 14% (in het schooljaar 2011 - 2012 was dat 15,7%) (Melis, 2013).
- Bij personen van 17 jaar en jonger het percentage dat 12 maanden voor de bevraging cannabis of een andere illegale drug heeft gebruikt niet hoger is dan 7% (in het schooljaar 2011 - 2012 was dit 9.4% (Melis, 2013).
- Bij 18- tot 35-jarigen is het percentage dat 12 maanden voor de bevraging cannabis of een andere illegale drug heeft gebruikt niet hoger dan 8% (in 2004 was dit 10,7%).

In tegenstelling tot de gezondheidsdoelstellingen met betrekking tot alcoholgebruik zijn die voor cannabis en andere illegale drugs nog niet bereikt.

Binnen de krijtlijnen van het Vlaamse actieplan zijn hiertoe verschillende structurele en globaal preventieve maatregelen voorzien en ondernomen. In 2013 werd o.a. een campagne rond het corrigeren van maatschappelijk perceptie van cannabis gelanceerd (‘Laat je niet vangen’).

[3] Gebruik terugdringen betekent onder meer:
- voorkomen dat jongeren en jongvolwassenen beginnen te roken, alcohol te gebruiken of illegale drugs te nemen;
- de beginleeftijd uitstellen;
- verantwoordelijk gedrag bevorderen;
- vroegtijdige aanpak stimuleren (bv. stoppen met roken, vroegdetectie);
- hulp aanbieden (vroeginterventie, behandeling, terugvalpreventie);
- een gezonde leefomgeving waarborgen.

Streefdoelen van een drugbeleid met prioritaire aandacht voor de bescherming van de gezondheid en het welzijn van de bevolking

Het uitgangspunt van een drugbeleid, en dus ook het cannabisbeleid, is het beschermen van de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de burgers (Hindriks & Van der Vijver, 2014). Concreet betekent dit dat we op basis van de gezondheidsrisico's die gebruik van cannabis met zich mee kunnen brengen ons in de eerste plaats richten op het ontraden van cannabisgebruik.

Rekening houdend met een meerderheid van niet-gebruikers, met het percentage dat met cannabis experimenteert en de groep die zich aandient in de hulpverlening, is een gediversifieerde aanpak (op maat) nodig die zich situeert op een continuüm van preventie over vroeginterventie tot hulpverlening binnen een duidelijk wettelijk kader.

Concreet vertaalt zich dit in:

Het versterken van de maatschappelijke norm van niet-gebruik

Cannabisgebruik is onderhevig aan culturele veranderingen en verschillen. Jongeren groeien op in een wereld waar cannabis aanwezig is. Het roken van een joint is tegenwoordig eerder een vorm van consumptiegedrag dan protest tegen de maatschappij. De wijziging in betekenis van gebruik heeft ook gevolgen voor de functies van cannabis. Het gaat nu veel meer om een recreatieve functie, om te genieten, om te chillen en tot rust te komen. De cannabisroes heeft over het algemeen ook een sociaal karakter.

Het gebruik van cannabis blijft beperkt tot een minderheid van de bevolking, zowel bij jongeren als bij volwassenen. Al leeft bij bepaalde jongere subgroepen de verkeerde perceptie dat 'iedereen' gebruikt.

Het bespreekbaar maken van cannabis en het corrigeren van de beeldvorming omtrent cannabisgebruik, o.a. het gebrek aan correcte informatie en de foute perceptie over het aantal gebruikers, zijn belangrijke hefbomen om deze doelstelling te bereiken.

Verder dient het maatschappelijk draagvlak te worden versterkt dat cannabisgebruik niet vanzelfsprekend is en niet-gebruik als maatschappelijke norm wordt bevestigd.

Doorgedreven preventie op maat die structureel verankerd is

De meerderheid van de bevolking gebruikt geen cannabis. Bekrachtigen van dit niet-gebruik is een belangrijke, en gezien de kwetsbaarheid bij gebruik op jonge leeftijd ook de eerste doelstelling. Een minderheid begint, veelal tijdens de adolescentie met cannabis te experimenteren en een kleine groep gaat over tot regelmatig gebruik. Hiervoor zijn gerichte (selectieve en geïndiceerde) preventiestrategieën nodig die zich richten tot specifieke doelgroepen en risicogroepen. Bijvoorbeeld naar gebruikers in het uitgaansleven of regelmatige gebruikers onder jongens van 17-18 jaar of naar gebruikers in het BSO. Voor hen werden online zelftests, screeningsinstrumenten (bv. Assist, SEM-J), vroeginterventie en ondersteuning om te stoppen met gebruik ontwikkeld.

Het voorkomen van problemen als gevolg van cannabisgebruik kan worden versterkt door het gebruik bespreekbaar te maken via een alcohol- en drugbeleid in verschillende maatschappelijke sectoren zoals: onderwijs, werk, vrijetijd, lokaal beleid, … Ook ouders hebben een belangrijke taak en opvoedingsondersteuning moet hen de nodige handvatten reiken om cannabisgebruik en de regels hieromtrent bespreekbaar te maken.

Het toegankelijk maken van correcte informatie over de risico's van cannabisgebruik, het versterken van attitudes en vaardigheden om op een verantwoordelijke manier met de aanwezigheid van cannabis in de eigen leefwereld om te gaan zijn tevens aangewezen.

Vandaag is de investering in preventie minimaal en in schril contrast met de uitgaven voor zorg, repressie en handhaving. Het voorkomen van middelenmisbruik en verslavingsproblemen is nochtans de eerste beleidskeuze en hiervoor moeten voldoende permanente structuren met complementaire opdrachten worden voorzien. Ook op vlak van vroegdetectie en vroeginterventie is heel wat gezondheidswinst te halen, maar dit vereist een structureel uitgebouwd, laagdrempelig, kortdurend aanbod met voldoende professionele omkadering en snel toegankelijke doorverwijsmogelijkheden.

Ter beschikking stellen en bekendmaken van een gepast hulpverleningsaanbod

Voor wie problemen ervaart als gevolg van cannabis is een gepast begeleidings- en hulpverleningsaanbod nodig. Dit betekent in de eerste plaats dat professionelen in alle maatschappelijke sectoren oog hebben voor signalen van risicovol gebruik. De eerstelijn heeft een belangrijke rol te vervullen op het vlak van screening en vroeginterventie.

Bij verder gevorderde of meer complexe problemen is een voldoende groot en gespecialiseerd ambulant of residentieel hulpverleningsaanbod op maat van de cliënt noodzakelijk. Het behandelingsproces dient zich te richten op zowel de gebruiker als op zijn context. Vaak gaat problematisch cannabisgebruik hand in hand met andere psychiatrische en/of gedragsproblemen of is er sprake van polydruggebruik. Een geïntegreerde behandeling is dan noodzakelijk. Online interventies met betrekking tot cannabis zijn beloftevol en moeten daarin hun plaats vinden.

Verduidelijken van het wetgevende kader

De introductie van de huidige drugwet (2003) en het maatschappelijk debat dat daarop volgde, heeft veel onduidelijkheid gecreëerd en bij nogal wat jongeren en volwassenen de boodschap nagelaten dat bezit van cannabis voor persoonlijk gebruik niet langer strafbaar zou zijn. Ook uit de VAD-leerlingenbevraging en op basis van de vragen aan De DrugLijn blijkt dat de wetgeving onvoldoende gekend of op zijn minst onduidelijk is.

Niettegenstaande het initiatief om via de gemeenschappelijke richtlijn (COL 2/2005) het vervolgingsbeleid duidelijker te maken, blijven de verschillen in toepassing tussen de gerechtelijke arrondissementen resulteren in onduidelijkheid, in juridische onzekerheid en onvoorspelbaarheid voor alle betrokkenen. In sommige gevallen geeft het aanleiding tot onderschatting van de ernst van de juridische risico’s. Onrechtstreeks heeft deze situatie ook gevolgen voor de gezondheidssector waarbij het onduidelijke referentiekader maakt dat er moeilijk, foute of geen standpunten ingenomen worden door intermediairs, ouders en jongeren. Dit resulteert in onduidelijkheid en foute percepties over de grenzen die wenselijk zijn omtrent gebruik.

Keuze voor een beleid dat de gezondheidsrisico's beperkt: actiepunten en bouwstenen

Cannabis is de meest gebruikte illegale drug in Vlaanderen, België en Europa. De maatschappelijk aanvaarding voor het product en tegelijkertijd de discussie omtrent de beheersbaarheid van de problematiek wint aan belang. In het recente verleden leidde dit in België, maar ook in andere landen, tot een vermindering van de sancties voor het bezitten voor eigen gebruik van cannabis. Enkele landen namen de voorbije jaren zelfs drastischere maatregelen en veranderden ook het beleid en de wetten met betrekking tot productie en distributie. Internationaal worden verschillende beleidsmodellen geïmplementeerd, uitgetest of minstens theoretisch beschreven (zie bijlage 1 en 2). Het is evenwel vandaag nog niet mogelijk om op basis van de huidige praktijk conclusies te trekken of om aan te geven welke elementen uit een beleid aanleiding geven tot stijgende, stagnerende of dalende gebruikscijfers of in een globalere context tot gezondheidswinst.

Op gezondheidsvlak stelt de wetenschap duidelijk vast dat de lichamelijke schade door gebruik van cannabis toeneemt met de hoeveelheid, de wijze van gebruik, de frequentie van inname en de duur van de blootstelling. Het roken van cannabis, de meest frequente gebruiksvorm, houdt een ernstig gezondheidsrisico in zich. Adolescenten en mensen met psychotische stoornissen zijn extra gevoelig voor de effecten van cannabis en zijn een zeer kwetsbare groep.

Ook de illegale status en het gevoerde – incoherente – beleid met als belangrijkste pijnpunten de rechtsonzekerheid, de kans op criminalisering, het illegale circuit en de onzuivere producten, heeft vandaag onrechtstreeks gevolgen op het welzijn en de gezondheid van gebruikers.

Vertrekkend vanuit het welzijns- en gezondheidsperspectief is er geen enkele reden waarom cannabisgebruik op een andere manier moet worden aangepakt dan tabak of alcohol.

Een aanpassing van het huidig beleid dringt zich op en nieuwe maatregelen zijn nodig:

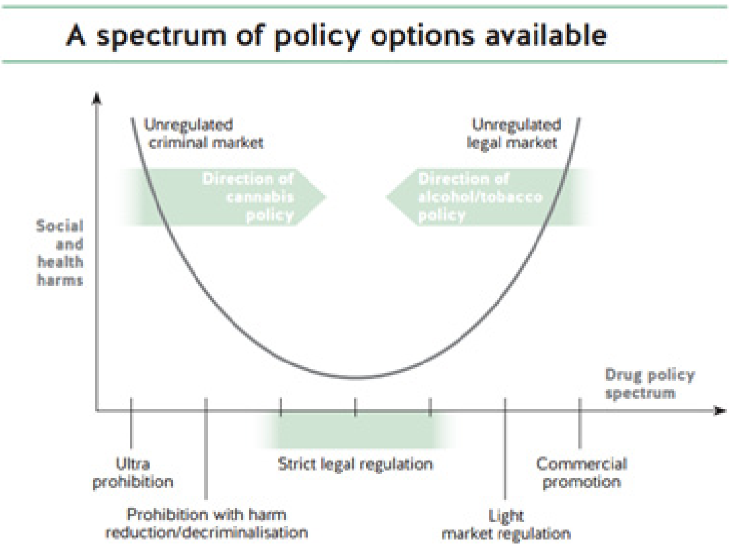
1. Voor de categoriale sector is de cannabisproblematiek in de eerste plaats een gezondheidsprobleem. De beste keuze, zeker gezien cannabis meestal wordt gerookt, is dan ook niet gebruik (cf. gezondheidsboodschap rond roken).

2. Om diverse gezondheidsredenen, vanuit het voorzichtigheidsprincipe, maar ook conform gezondheidsrichtlijnen voor andere genotsmiddelen zoals alcohol en tabak, pleiten we voor een leeftijdsgrens voor gebruik. Cannabisgebruik heeft, net zoals alle andere psychoactieve stoffen, invloed op de hersenontwikkeling. Op basis van deze vaststelling wordt gebruik best vermeden tot het brein volledig ontwikkeld is, rond de leeftijd van 24 jaar. Primaire focus van het beleid is dus uitstellen van de beginleeftijd.

3. Het criminaliseren van bezit en gebruik van cannabis geeft bijkomende welzijnsproblemen (vervolging, penalisatie, stigmatisering, …) en draagt niet bij tot herstel. De bedoelde ontrading door het criminaliseren van gebruik heeft enig effect maar blijkt onvoldoende. Daarom is het decriminaliseren van gebruik en bezit van cannabis voor persoonlijk gebruik aangewezen. Wel is er een duidelijk en uitgebreid regelgevend kader nodig voor het gebruik van cannabis met daaraan gekoppeld ook de nodige handhaving.

De complexiteit van deze problematiek vereist een integrale aanpak en een engagement van verschillende belendende sectoren:

Deze onderstaande figuur geeft een overzicht van beleidsopties om de productie, de handel en het gebruik van cannabis te regelen. Zowel het volledige verbod (links) als de volledige commercialisering van de cannabismarkt (rechts) gaan gepaard met grote sociale- en gezondheidsschade (Apfel, 2014). Het strikt reguleren van cannabis lijkt theoretisch heel wat voordelen te kunnen bieden (o.a. betere controle op de productie en samenstelling van cannabis, controle op de beschikbaarheid, op de prijs, de taksen, …)
De verschillende experimenten (zie bijlage 1) en ontwikkelingen met alternatieve vormen van cannabisbeleid op internationaal vlak zijn evenwel nog niet voldoende gevorderd en geëvalueerd om uitspraken te doen over de keuze voor een bepaald beleidsmodel.



Figuur 1: mogelijke beleidsopties (Rolles & Murkin, 2013).

Er is dus nood aan actie op een aantal terreinen:

1. Een kritische evaluatie van het huidige cannabisbeleid.
2. Nauwlettend opvolgen van (inter)nationale alternatieve beleidsmodellen voor cannabis en hun (neven)effecten op de mate en de impact van het gebruik op de populatie.
3. Onderzoek naar alternatieve gebruikswijzen van cannabis (bv. onderzoek naar de schadelijkheid van e-joints, vaporiseren, roken in een waterpijp, sisha-pen, …).
4. Lessen trekken uit de ontwikkelingen van het alcohol- en tabaksbeleid en deze vertalen naar bruikbare richtlijnen i.f.v. een toekomstig cannabisbeleid.

Een toekomstig cannabisbeleid moet rekening houden met:

1. Voldoende (meer) inzet op een gediversifieerd preventieaanbod van ontrading tot schadebeperking.
2. Een uitgebouwd en toegankelijk netwerk van (online) zorg en opvang.
3. De gezondheidsrichtlijnen bij het bepalen van een haalbare leeftijdgrens.
4. Het controleren van de beschikbaarheid van cannabis.
5. Het controleren van de samenstelling van cannabis (o.a. hoeveelheid THC, CBD, pesticiden, …).
6. Het controleren van de prijs van cannabis (eventueel via taksen).
7. Voldoende inzet op het ontraden van het gebruik van cannabis in het verkeer en voldoende controles hierop.

Bijlage 1: (Inter)nationale modellen van cannabisbeleid (EMCDDA, 2013; Rolles & Murkin, 2013; Kilmer et al., 2013; Murkin, 2014; Decorte, 2014)

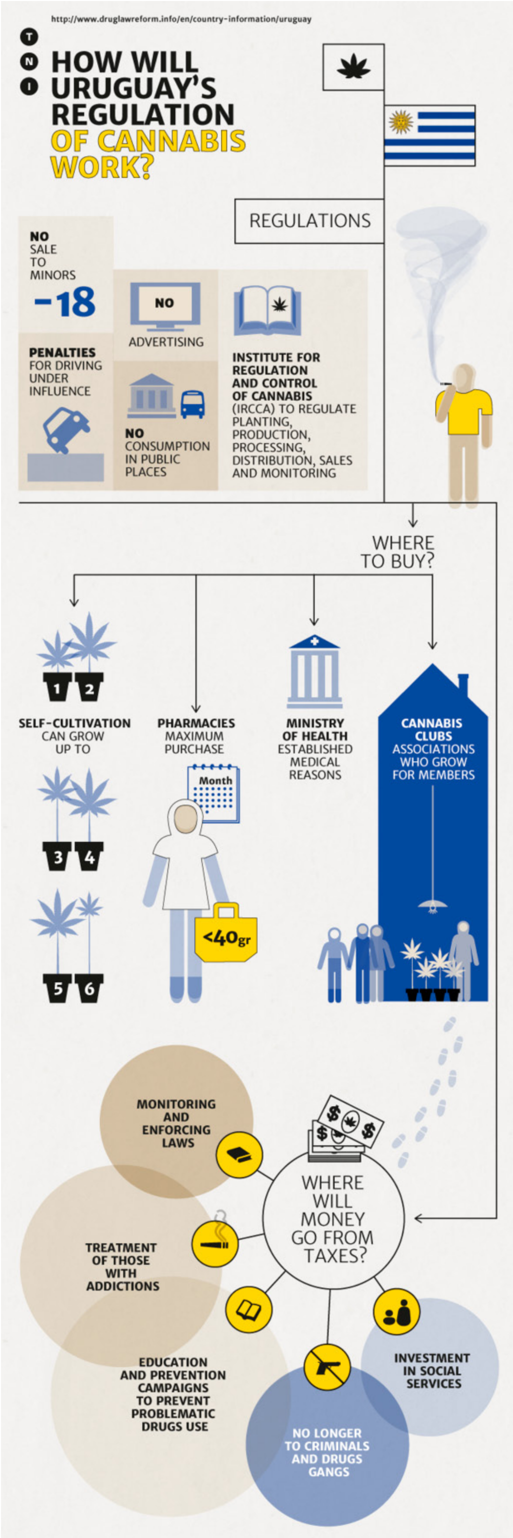
	Uruguay [4]	Washington	Colorado	Nederland	Spanje	België
Model	Overheid gecontroleerd model zie ook bijlage 2	Gereguleerde privé bedrijven hebben een vergunning om cannabis te produceren en te verdelen	Gereguleerde privé bedrijven hebben een vergunning om cannabis te produceren en te verdelen	Coffeeshop systeem	Non profit Cannabis social clubs (csc's)	Repressief beleid met decriminalisering
Productie	3 cultiveervormen: Thuiskweek (max 6 planten per gezin met max. 480g/jaar) Gebruikersverenigin-gen (social clubs): maximum 40 leden 2 tot 6 vergunde kwekers die verplicht aan de overheid moeten verkopen (controle op productie door IRCC. Productie van ongeveer 20ton/jaar.	Privé bedrijven en personen mogen kweken. Strenge screening voordat licentie wordt afgeleverd. Controle op veiligheid en de samenstelling van de kweek gebeurt door onafhankelijke labo's.	Privé bedrijven en personen mogen kweken. Strenge screening voordat licentie wordt afgeleverd. Controle op veiligheid en de samenstelling van de kweek gebeurt door onafhankelijke labo's. Veel autonomie voor gemeenten om regels op te stellen m.b.t. tijd, plaats, aantal en manieren waarop cannabis geteeld en verkocht wordt.	Cannabis wordt illegaal gekweekt, zowel in eigen land als in andere productielanden. Geen formele controle omdat de productie illegaal is.	Geen vergunning nodig en geen formeel gereguleerd overzicht. Er zijn zo'n 600 tal csc's waarvan de meesten in Catalunya met duizenden leden. Csc's hebben een informele overeenkomst (code) mbt de kweek	Thuiskweek mogelijk. 1 plant per persoon. Momenteel zijn er 5 csc's actief in diverse regio's in België. De grootste (trekt uw plant) heeft meer dan 237 leden. In totaal zijn er 450 leden aangesloten bij de csc's (02/2014). De kweek gebeurt meestal in private locaties gekoppeld aan strikte voorwaarden. O.a. max. 49 planten per locatie.
Variëteiten	5 cannabisvariëteiten zijn toegelaten	Geen beperkingen	Geen beperkingen	Diverse soorten cannabis zijn ter beschikking in de coffeeshops	Diverse soorten, maar vooral wietvarianten.	Diverse soorten, allemaal wietvarianten. In de toekomst misschien ook hash of olie.

[4] Stand van zaken najaar 2014 implementatie Uruguyaans model: de wet is gestemd, de regelgeving moet nog uitgewerkt worden.

THC-gehalte	Max. 15% THC	Geen limiet, maar op de verpakking staat het gehalte THC vermeld	Geen limiet, maar op de verpakking staat het gehalte THC vermeld Speciale (gzh) waarschuwingen verplicht op verpakkingen	Geen limiet. De overheid overweegt een limiet van 15% THC. Informele analyses gebeuren door DIMS.	Geen limiet, geen controle	Geen limiet, geen controle
Prijs	De prijs is bepaald door de overheid op ongeveer 1$/g = prijs op de illegale markt.	Wordt bepaald door de markt en de tax (nog niet bekend)	Wordt bepaald door de markt en de tax (nog niet bekend)	Geen prijscontrole, maar prijzen liggen iets hoger dan op de zwarte markt door taks, onkosten, …	Lidgeld in ruil voor bepaalde hoeveelheid cannabis per maand.	Vastgestelde prijs per persoon in ruil voor de kweek van de plant (tussen de 6€ en 8€ afh. van de csc)
Leeftijds-beperking	18	21	21	18	18	Trekt uw plant: 18 Mambo social club: 21 (18 medisch gebruik) Weedout: 21 (18 medisch gebruik) Maweedperso: 21 Sativa: 18
Condities voor aankoop	Enkel aan landgenoten Gebruikers moeten zich laten registreren en mogen max. 40g/maand kopen en max. 10g/week.	Zowel mensen van Washington als van andere staten mogen tot 28,5g kopen per keer. Geen consumptie in verkoopplaatsen	Inwoners van Colorado mogen 28,5g kopen per keer. Anderen 7g per keer. Geen consumptie in verkoopplaatsen	5g per persoon per dag Sommige coffeeshops aan de grens verkopen enkel nog aan ingezetenen Nederlanders.	Lidmaatschap vaak enkel mogelijk via ander lid of voor medische doeleinden. Beperkt tot 2 à 3g per dag	Lidmaatschap (25€/jaar) met intake interview vooraf. Zowel recreatief als voor medische doeleinden.
Verkopers	Apothekers moeten een licentie aanvragen bij ministerie van volksgezondheid om te mogen verkopen	Boetes voor verkoop aan minderjarigen Geen training vereist	Boetes voor verkoop aan minderjarigen Training met certificaat is mogelijk, maar niet verplicht	Boetes voor verkoop aan minderjarigen Geen training vereist	Geen training vereist, maar meestal wel ervaren mensen in de club	De oogst wordt verdeeld op afgesproken momenten.
Verkooppunten	Verkoop via apotheek (max. 40 gram pp/maand)	Shops mogen enkel cannabisproducten verkopen. Verboden toegang voor minderjarigen Geen verkooppunten op minder dan 1000voet van een aantal plaatsen waar kinderen 'verzamelen' (bv. gamecenter) Max 3 shops per eigenaar en beperkt aantal verkoopplaatsen per *county*.	Shops mogen enkel cannabisproducten verkopen. Verboden toegang voor minderjarigen	Worden toegelaten of geweigerd door de gemeente Niet binnen de 250m van een school Mogen geen alcohol verkopen en hebben max. 500g in huis.	Geen locatiebepalingen voor clubs. Verdeling gebeurt in het club (huis) door één van de medewerkers.	In kleine clubs: bij een lid thuis. In grote clubs: gehuurde locatie. Verdeling enkel op afgesproken momenten.

Taks	Hoeveel taks er wordt geheven is onduidelijk, maar de inkomsten hiervan worden gebruikt om de regulering en preventiecampagnes te betalen.	25% op productieniveau, 25% de groothandelsprijs en 25% op de verkoopprijs. + 8.75% staatstaks	15% op de groothandelsprijs: $40milj gaat naar scholen 10% op de verkoopprijs: hiervan wordt het reguleringssysteem betaald.	Coffeeshops betalen geen belastingen maar wel verkooptaksen (+/-20%) (400milj taks op 2bilj verkoop)	Soms taks op verkoop, meestal niet. Medewerkers betalen normale taksen op loon.	Voorlopig wordt geen BTW betaald.
Reclame	Alle reclame en promotie is verboden	Geen reclame binnen 1000voet van scholen etc. Geen display reclame aan de ramen van de shop.	Geen reclame gericht op minderjarigen. Geen displayreclame aan de ramen van de shop.	Alle reclame en promotie is verboden. De naam coffeeshop en de rastafari tekens zijn wel mogelijk aan de buitenkant.	Alle reclame en promotie is verboden	Alle reclame en promotie is verboden
Rijden onder invloed	Er komt een THC limiet, maar die is nog onbekend	>5 nanogram/ml THC in het bloed	>5 nanogram/ml THC in het bloed	Geen exacte limiet, wel testen of men in staat is te rijden	Geen exacte limiet, wel testen of men in staat is te rijden	>10 nanogram/ml THC in het bloed
Thuiskweek	Max. 6 planten en 480g per gezin	Verboden	Max. 6 planten voor eigen gebruik	Max. 5 planten voor eigen gebruik	Max. 2 planten voor eigen gebruik	Max. 1 plant voor eigen gebruik
Maximum hoeveelheid in bezit	40g	28,5g	28,5g	5g onderzoek 30g vervolging		3g Trekt uw plant: 60g/2 maand Mambo social club: 15g/6 weken Weedout: 20g/maand Maweedperso: 40g/2 maand Sativa: onbekend.
Niveau van wetgeving	Nationale wetgeving	Staatswet (in conflict met federale wetgeving)	Staatswet (in conflict met federale wetgeving)	Nationale richtlijn van OM		Federale wetgeving
Verkoops-vergunning	Vergunning+registratie door nationaal instituut (Institute for Regulation and Control of Cannabis)	Vergunning (State liquor control board)	Vergunning (lokaal)	Vergunning door gemeente		Geen verkoop toegelaten
Productie-vergunning	Vergunning+registratie door nationaal instituut (Institute for Regulation and Control of Cannabis)	Vergunning (State liquor control board)	Vergunning (lokaal)	Productie en bevoorrading aan coffeeshops is illegaal		Geen productie toegelaten, tenzij voor eigen gebruik beperkt tot 1 plant (federale wetgeving)

Bijlage 2: Waarom Uruguay cannabis reguleert en niet criminaliseert



Figuur 2: Infographic: How will Uruguay's regulation of cannabis work? (Transnational Institute, 2013)

Referenties

Apfel, F. (2014). *AR Policy Paper 5. Cannabis – From Prohibition to Regulation. "When the music changes so does the dance"*. Alice Rap.

Decorte, T. (2014). *Cannabis social clubs in Belgium: Organizational strenghts and weaknesses, and threats to the model. Revised manuscript under review*. International Journal of Drug Policy.

De Donder, E. (2014). *Factsheet cannabis*. Brussel: VAD.

Demarest, S., Drieskens, S., Gisle, L., Hesse, E., Tafforeau, J., & Van der Heyden, J. (2010). *Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008. Health Interview Survey Interactive Analysis*. Brussels: Unit of Epidemiology, Scientific Institute of Public Health.

EMCDDA (2013). *Models for the legal supply of cannabis: recent developments* (20 mei 2014).

EMCDDA (2014). *Europees Drugsrapport. Trends en ontwikkelingen 2014*. Lissabon: EMCDDA.

Europese commissie (2014). *Young people and drugs. Flash Eurobarometer 401*. Brussel: Europese commissie

Federale Politie (2013). *Aantal geregistreerde feiten opgesplitst volgens type product voor de periode 2004-2011*. Brussel: CGOP. Data op verzoek.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., & Kraus, L. (2012). *The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN). Geraadpleegd van http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2011/The_2011_ESPAD_Report_FULL_2012_10_29.pdf

Hindriks, C.O. & Van der Vijver, C.D. (2014). *Alternatieven voor de aanpak van drugs. Achtergrondstudie ten behoeve van een actieplan.* Den Haag: Stichting Maatschappij en Veiligheid.

Hogge, M. & Denoiseux, D. (2014). *Usage de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles; rapport 2013-2014*. Brussel: Eurotox.

Kilmer, B., Kruithof, K., Pardal, M., Caulkins, J.P. & Rubin, J. (2013). *Multinational overview of cannabis production regimes.* Cambridge: RAND Europe.

Melis, S. (2013). *VAD-leerlingenbevraging in het kader van een Drugbeleid Op School. Syntheserapport schooljaar 2011-2012*. Brussel: VAD.

Murkin, G. (2014) *Uruguay announces final regulations for new, legally regulated cannabis trade.* (22 mei, 2014)

Rolles, S. & Murkin, G. (2013). *How to Regulate Cannabis, A Practical Guide.* Bristol: Transform Drug Policy Foundation.

Rosiers, J. (2013). *Uitgaansonderzoek 2012*. Brussel: VAD. Geraadpleegd van http://www.vad.be/media/474471/vad%20uitgaansonderzoek%20rapport%202012.pdf

Rosiers, J., Van Damme, J., Hublet, A., Van Hal, G., Sisk, M., Si Mhand, Y, & Maes, L. (2014). *In hogere sferen? Volume 3. Een onderzoek naar het middelengebruik bij Vlaamse studenten*. Brussel: VAD. Geraadpleegd van http://www.vad.be/materiaal/dossiers/in-hogere-sferen-volume-3.aspx?from=1110

Transnational Institute. (2013). Infographic: How will Uruguay's regulation of cannabis work?
http://www.druglawreform.info/en/country-information/uruguay/item/5184-infographic-how-will-uruguays-regulation-of-cannabis-work

VAD (2000). *Visie op cannabis vanuit de gespecialiseerde drugsector*. Brussel: VAD.

VAD (2014) *Memorandum over de aanpak van middelengebruik en verslavingsproblemen*. Brussel: VAD.

Van Deun, P. (2014). *Registratiegegevens drugshulpverlening Vlaanderen 2011-2012*. Gent: VVBV.

Vander Laenen, F., De Ruyver, B., Christiaens, J. & Lievens, D. (2011). *Drugs in Cijfers III. Onderzoek naar de overheidsuitgaven voor het drugsbeleid in België*. Gent, Academia Press.

Van Laar, M.W, Cruts, A.A.N, Van Ooyen-Houben, M.M.J, Meijer, R.F, Croes, E.A , Ketelaars, A.P.M, Verdurmen, J.E.E, & Brunt, T. (2013). *Nationale drugmonitor. Jaarbericht 2012*. Utrecht: Trimbos-Instituut.

Van Marcke, K. (2013). *Dossier cannabis.* Brussel: VAD.

Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (2012). E*PD registratiegegevens CGG 2008-2011*. Brussel: Vlaams Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Agentschap Zorg en Gezondheid. Data op verzoek.

Federale Beleidsnota Drugs (2001).
The International Drug Control Conventions
Vlaams actieplan tabak, alcohol en drugs 2009 - 2015

Andere interessante bronnen (niet gebruikt)

Caulkins, J.P., Kilmer, B., MacCoun, R.J., Pacula, R.L. & Reuter, P. (2012). Design considerations for legalizing cannabis: lessons inspired by analysis of California's Proposition 19. *Addiction*, 107(5), 865-871.

Choo, E.K., Benz, M., Zaller, N., Warren, O., Rising, K.L. & McConnell, K.J. (2014). The Impact of State Medical Marijuana Legislation on Adolescent Marijuana Use. *Journal of adolescent health*.

Decorte, T., De Grauwe, P. & Tytgat, J. (2014). Het Belgisch cannabisbeleid maakt zijn doelstellingen niet waar. *Panopticon: tijdschrift voor strafrecht, criminologie en forensisch welzijnswerk*, 2, 151-155.

Decorte, T. (2013). De regulering van cannabis. *Lessen uit het verleden en denksporen voor de toekomst*. Thorbecke-colleges. Mechelen: Kluwer.

Depla, P., Everhardt, V. & van Gijzel, R. (2014). *Manifest: Joint Regulation*. Utrecht: in eigen beheer.

Drug Policy Alliance (2014). Status report: Marijuana regulation in Colorado after six months of retail sales and 18 months of decriminalization. New York: Drug Policy Alliance.

Hawken A. & Kulick J. (2014). Treaties (probably) not an impediment to "legal" cannabis in Washington and Colorado. *Addiction*, 109, 355–6.

Palamar, J.J., Danielle C.O. & Petkova, E. (2014). Correlates of intentions to use cannabis among US high school seniors in the case of cannabis legalization. *International journal of drug policy*.

Reuter P. (2014). The difficulty of restricting promotion of legalized marijuana in the United States. *Addiction*, 109, 353–4.

Rolles, S. (2014). Cannabis policy Netherlands moving forwards not backwards. Bristol: Transform Drug Policy Foundation.

Room, R. (2013). Legalizing a market for cannabis for pleasure: Colorado, Washington, Uruguay and beyond. *Addiction*, 109, 345-351.

Uchtenhagen, A. (2014). Some critical issues in cannabis policy reform. *Addiction*, 109, 352-359.

van der Pol, P. (2014). *The dynamics of cannabis use and dependence*. Amsterdam: UvA

Colofon

Deze tekst kwam tot stand binnen de adviesgroep cannabisbeleid op VAD met vertegenwoordigers uit de Vlaamse alcohol- en drugsector. Deze tekst gaat over het gebruik van cannabis als genotsmiddel en doet geen uitspraken over medicinaal gebruik.
De visies opgenomen in deze adviestekst weerspiegelen niet noodzakelijk de visies van alle leden van VAD.

VAD, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw
Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel, T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | vad@vad.be | www.vad.be